FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Colette-Valentine RODET

Née le 31 Octobre 1898 à Dieulefit (Drôme)
Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris
Licencié ès-Sciences

L'ÉPREUVE ALIMENTAIRE

ET SA VALEUR CLINIQUE

DANS

L'ATROPHIE DU NOURRISSON

Président : M. NOBÉCOURT, *Professeur*

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1924

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER — ASSESSEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS.	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique Médicale	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	Marcel LABBE
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECÈNE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, GOSSET, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, BRINDEAU
Clinique gynécologique	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	Aug. BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'oto-rhino laryngologie	SEBILEAU
Clinique de propédeutique	SERGENT

Agrégés en exercice

MM.

ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBOULLET	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LERI	ROUSSY
BRANCA	GUILLEMINOT	Le LORIER	ROUVIÈRE
CAMUS	GUENIOT	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ A.
CHIRAY	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE (Henri)	MULON	VILLARET
DESMAREST	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON GRAND-PÈRE

DOCTEUR PAUL PIN

Ancien Président de l'Association des Médecins du Gard

A MA GRAND'MÈRE

A MES PARENTS

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MON FIANCÉ

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBÉCOURT

Membre de l'Académie de Médecine
Médecin des Hôpitaux

Avec l'expression de ma gratitude pour l'enseignement clinique qu'il m'a donné.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR RIBADEAU-DUMAS

Médecin des Hôpitaux

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, et nous a aidée de ses conseils ; en témoignage de très profonde reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUGUSTE BROCA

Chirurgien des Hôpitaux
Professeur de clinique chirurgicale infantile
Membre de l'Académie de Médecine

MONSIEUR LE DOCTEUR DALCHÉ

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR PARMENTIER

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR COYON

Médecin des Hôpitaux

INTRODUCTION

Le traitement des troubles digestifs du nourrisson est souvent difficile à instituer avec les seules données d'un premier examen clinique et de l'enquête étiologique : il faut voir comment le petit malade supportera le régime établi ; aucune règle ne permet de le prévenir, mais l'expérimentation nous renseigne.

Noter les réactions de l'enfant à une alimentation dosée en quantité et en nature est donc nécessaire.

A une ration d'essai, l'enfant réagit, soit en prenant du poids, soit en restant stationnaire. soit par une descente de la courbe souvent accompagnée d'une aggravation de troubles digestifs : vomissements, selles mal digérées. On note ou une réaction satisfaisante, ou une réaction d'équilibre, ou une réaction d'intolérance.

En nous aidant de ces résultats, nous continuons à donner le régime établi, ou nous le modifions, d'après les variations de la courbe du poids.

Nous nous proposons d'étudier ici comment on peut interpréter les réactions de l'enfant malade à l'alimentation et en déduire une thérapeutique appropriée.

HISTORIQUE

Pour l'enfant sain, Budin, dans ses leçons cliniques, note l'importance de la balance.

Dans la crainte de l'intolérance aux grandes doses de lait, il met les nourrissons à une ration minima et juge d'après le poids, s'il y a lieu d'augmenter ou diminuer la quantité de lait donnée.

On voit d'après M. Lesage, un élément nouveau qui intervient, c'est le degré de tolérance des enfants, d'après leur état pathologique.

Il écrit : « Si l'on prend pour base la dose de 100 gr. » de lait par kilogramme d'enfant on constate :

« 1° que la majorité des atrophiques ne croît pas avec » cette dose.

« 2° qu'en augmentant cette dose de 110, 116, 120 par » kilogramme quelques-uns seulement en profitent, » alors que d'autres restent stationnaires ou même » maigrissent. »

« 3° Que souvent cette augmentation dans l'alimenta- » tion peut être accompagnée d'une ascension passagère » de lacourbe, suivie d'une baisse parfois mortelle ».

En un mot il est impossible de prévoir ce que donnera telle ou telle dose de lait,

En Allemagne, Finkelstein codifie ses notions et les groupe en trois ordres de faits qu'il désigne sous les termes pompeux de :

Réaction orthodoxe.
Réaction paradoxe.

Mais il va plus loin et cherche à établir la notion de tolérance pour telle ou telle substance. Il croit pouvoir spécifier dans chaque cas par l'épreuve alimentaire la gravité des troubles digestifs, et l'élément du lait qui est en cause : il distingue ainsi 3 degrés dans les dyspepsies.

1° Dans le premier « **stade des troubles du bilan** » la limite de la tolérance aux graisses est diminuée.

A une alimentation nouvelle, l'enfant réagit par une perte de poids, des signes d'intolérance ; il présente une réaction paradoxe.

Une alimentation pauvre en graisse est suivie d'une ascension de la courbe de poids et d'une amélioration des symptômes : c'est là une « réaction orthodoxe ».

2° L'abaissement de la tolérance aux graisses et aux hydrates de carbone caractérise le 2e degré ou « **stade dyspeptique** ». Une alimentation riche en sucre produit une chute de poids et une aggravation des symptômes.

3° Dans le 3e stade, celui de la « **Dékomposition** » seule la tolérance à la caséine n'est pas diminuée, d'où l'emploi, dans ce cas, du lait albumineux. D'ailleurs Finkelstein distingue 3 degrés de Dékomposition,

« Au premier la courbe reste stationnaire, puis re-

» monte, après une sous-alimentation appropriée la
» guérison est possible »,

« Au deuxième degré, si l'enfant est sous-alimenté
» la courbe s'équilibre aussi, mais beaucoup plus lente-
» ment et si l'on reprend une nourriture plus riche il
» s'ensuit une chute de poids. La guérison est rare ».

« Au troisième degré, enfin, la tolérance est si dimi-
» nuée que la plus petite quantité de nourriture la dé-
» passe, la sous-alimentation ne peut amener aucune
» amélioration de la courbe. la mort à bref délai est
» sûre ».

En résumé, d'après les travaux de l'auteur allemand l'épreuve alimentaire permet :

1° de déterminer l'élément en cause dans les dyspepsies (graisse, hydrate de carbone, caséine) ;

2° d'établir l'intensité de l'affection.

Ces théories ont d'ailleurs été confirmées par M. Combe, qui y a ajouté « la sous-alimentation partielle thérapeutique ».

« Afin d'éviter les grands dangers inhérents à l'inani-
» tion totale prolongée, les médecins d'enfants ont été
» amenés à ne supprimer ou à ne diminuer dans cha-
» cune des différentes maladies gastro-intestinales, que
» le, ou les éléments alimentaires, qui deviennent la
» proie des microbes, et à créer chacun, la sous-alimen-
» tation partielle correspondante, dite sous-alimentation
» thérapeutique ».

M. Combe a étudié alors les conséquences et les indications de l'hypoalimentation saline, azotée, grasse et sucrée.

Il en conclut que :

1° La sous-alimentation saline thérapeutique

» réalisée par le lait albumineux sucré peut être « em-
» ployée avec succès dans les dyspepsies toxiques, les
» dysthrepsies et les athrepsies et surtout dans le ca-
» tarrhe intestinal ».

Mais il ne faut pas prolonger ce régime déchloruré trop longtemps, car il provoque, si l'on persiste, des désordres graves (faiblesse musculaire, fatigue générale accompagnée de tremblements, puis signes d'excitation cérébrale).

2° La sous-alimentation azotée

non admise par les auteurs allemands, l'est par M. Combe, elle est fréquente chez les enfants nourris trop tôt, ou trop longtemps aux farines.

Ils deviennent mous, flasques, peuvent être atteints de spasmophilie.

Cette sous-alimentation, qu'on peut réaliser en donnant, soit du petit lait, soit du lait coupé, est considérée par M. Combe comme préjudiciable à l'enfant et sa durée doit être courte.

3° La sous-alimentation grasse

ne paraît pas exercer une très grande influence sur la nutrition de l'enfant, car la graisse peut être suppléée par une quantité équivalente de sucre.

Au point de vue diététique, on peut donc considérer cette sous-alimentation comme pratiquement sans dan-

ger, pourvu qu'elle ne soit pas prolongée trop longtemps et que les quantités de graisse soient remplacées par des quantités isodynames d'hydrates de carbone.

L'hypo-alimentation grasse thérapeutique sera utilisée dans la dyspepsie albumineuse. la dyspepsie des graisses, l'athrepsie, l'urémie.

4° La sous-alimentation sucrée

amène des troubles très graves, chez le nourrisson le sucre est indispensable. (La ration quotidienne nécessaire est de 3 gr. 5 chez l'enfant, 2 gr. chez l'adulte).

Il favorise l'assimilation de l'albumine, de la graisse, de l'eau, préside à la combustion complète de la graisse. Donc, une sous-alimentation sucrée thérapeutique ne doit jamais descendre au-dessus de 2,5 à 3 0/0 de sucre et peut être établi en diminuant surtout les hydrocarbures fermentescibles (lactose) remplacés par la saccharose, la maltose, la dextrine.

CHAPITRE PREMIER

CRITIQUE DES TRAVAUX DE FINKELSTEIN ET DE COMBE

En premier lieu.

Bien avant les travaux de l'auteur allemand tout le monde savait que les nourrissons présentent une limite de tolérance aux aliments, suivant l'état de leur tube digestif et leur état général.

C'était la plus grande préoccupation de Budin de ne pas dépasser la dose utile à l'enfant.

En deuxième lieu.

En pratique il est impossible d'établir des intolérances systématiques.

1° Pour les sucres. Finkelstein lui-même dut revenir sur son opinion et admettre un sucrage du lait albumineux de 5 puis de 8 0/0.

De plus, le régime sucré proposé par Variot comme eupeptique et antiémétique, considéré comme étant nécessaire dans certaines atrophies par le professeur Nobécourt est indiqué dans le traitement de beaucoup de troubles dyspeptiques du nourrisson.

2° Quant aux intolérances spéciales de l'enfant elles ne paraissent pas dues à la graisse, au sucre, à l'albumine, mais surtout à certain lait, ou à certaine préparation de lait.

Un enfant ne digérant pas le lait de vache peut digérer le lait de femme ou d'ânesse.

De même, souvent 1 ou 2 biberons de lait de vache améliorent la digestion du lait de femme.

De plus, dans bien des cas d'atrophie, on peut constater les bienfaits du régime transactionnel hydrocarboné ou mixte hydrocarboné.

Enfin, il est nécessaire, pour certains hypotrophiques, d'absorber des graisses pour augmenter de poids.

Les faits sont donc bien loin des expériences, d'allure scientifique de Finkelstein; quant à la sous-alimentation thérapeutique de Combe, elle est impossible à régler et si l'on veut s'en approcher, dangereuse.

En effet, elle mène aux syndromes graves des inanitions partielles (les carences alimentaires chimiques ou les avitaminoses).

Elle détermine pour certains aliments une désacoutumance qui se traduit, lors de la reprise des aliments par des symptômes graves,

Un régime uniforme, trop strict, provoque une intolérance des tissus et des glandes pour un élément nouveau devenu nécessaire.

Enfin et surtout elle ne peut guère être réalisée en pratique. Elle est passible des mêmes objections que l'épreuve alimentaire de Finkelstein, en ce sens que la soustraction d'une variété d'aliments à un régime, ne

permet pas de conclure que cette variété est dangereuse pour l'enfant, mais bien qu'elle lui est présentée sous une forme qu'il ne peut accepter : soit que son tube digestif ne soit pas en état de le digérer, (en raison de sa constitution originelle ou d'une débilité acquise, secondaire à une infection, à une intoxication,à une mauvaise alimentation, à une hygiène défectueuse), soit que l'aliment, par lui-même soit peu digestible,

D'ailleurs, l'intolérance alimentaire de l'enfant est souvent en rapport direct avec l'hygiène à laquelle il est soumis.

Il y a lieu de considérer dans les phénomènes de la digestion chez le nourrisson, d'une part.

1° Son aptitude personnelle à digérer, sa capacité d'assimilation et de travail utile.

(Aptitude diminuée dans la débilité congénitale ou acquise). D'autre part.

2° L'hygiène alimentaire suivie, l'hygiène générale à laquelle l'enfant est soumis.

La première condition doit être prise en sérieuse considération, elle explique un très grand nombre d'intolérances, parce que le tube digestif n'est apte qu'à absorber une quantité limitée d'un aliment dont la qualité est également en cause. Dans ce cas rentrent les prématurés, les débiles (tarés héréditairement par la syphilis, la tuberculose, l'alcoolisme, les maladies de la mère ou du fœtus).

La deuxième est également de première importance.

Ellé a trait :

1° A la qualité du lait.

Souvent coupé, recueilli sans soin, transporté sans précaution dans les villes, d'où la nécessité d'une hygiène du lait plus rigoureuse.

2° Aux soins donnés à l'enfant.

Fréquemment confié à des femmes ignorantes, élevé dans des logements malsains, ou soigné dans des crèches dangereuses (les agglomérations facilitent l'extension des épidémies). Enfin l'absence de soleil, dont des travaux récents ont montré l'action eutrophique est souvent en cause dans les troubles digestifs des nourrissons : certains enfants qui ne digèrent pas à la ville, digèrent très bien à la campagne, le changement d'air est le seul traitement de ces fausses intolérances et de ces fausses anaphylaxies.

En résumé, les intolérances de l'enfant sont complexes, et dépendent de facteurs nombreux.

Nous étudierons seulement ici, sans nous embarrasser des théories de Finkelstein, comment on peut s'aider des réactions de l'enfant à une alimentation dosée en quantité et en nature, pour rétablir sa capacité d'assimilation.

CHAPITRE II

—

LES ATROPHIQUES

Nous nous occupons d'abord des enfants que l'on rencontre couramment dans les hôpitaux : les atrophiques.

Ils sont amenés en général pour troubles digestifs chroniques, accompagnés d'une perte de poids plus ou moins accentuée.

Ils rentrent dans la catégorie des hypotrepsiques du 2e et 3e degré de M. le professeur Marfan et à l'origine de leur dénutrition on note :

Soit une sous-alimentation ou une alimentation mauvaise (fréquente chez les enfants venant de chez une nourrice).

Soit des troubles digestifs chroniques.

Soit des infections.

Soit une constitution congénitale spéciale : les hérédo-syphilitiques, les tuberculeux, les débiles congénitaux.

Tous ces atrophiques ont un faible pouvoir digestif, de là, la difficulté à arrêter leur dénutrition.

Il est nécessaire de fixer pour chaque nourrisson les limites de sa capacité digestive et il faut étudier pour cela sa réaction à l'alimentation.

Voilà un nourisson présentant les signes cliniques d'une hypotrepsie du 2e degré.

Amené à l'hôpital pour troubles digestifs marqués et perte de poids, l'interrogatoire peut donner des renseignements utiles, mais il est difficile de déterminer d'emblée l'étiologie de la maladie. Nous allons donc essayer très prudemment la tolérance de l'enfant à l'alimentation.

Cette tolérance étant diminuée chez tous les débiles, il faut leur donner au début un régime en rapport avec leur capacité digestive, régime de valeur nutritive faible, sans tomber dans la sous-alimentation qui amènerait rapidement une diminution encore plus nette de la tolérance.

On commence par donner à l'enfant une ration d'essai.

Il faut pour la fixer tenir compte du degré de l'atrophie, de l'âge de l'enfant, et donner environ 140 gr. de liquide par kilogramme.

Quel lait choisir ?

Il faut un aliment de digestion facile, ayant une faible teneur en graisse et dont la composition se rapproche le plus possible du lait de femme.

Le lait d'ânesse paraît réunir ces qualités, et ces indications chez le débile ont été signalées par MM. Ribadeau-Dumas et Fouet (1). « Il nous a paru que le lait » d'ânesse était plus propre que tout autre à cette expé- » rimentation (l'épreuve alimentaire chez l'athrepsique). » Donné frais et cru, comme le lait de femme, il s'en » rapproche par sa composition, comme lui, il contient

(1) Les indications du lait d'ânesse (*Pédiatrie*, septembre 1923).

» peu d'albumine, il est très riche en lactose et il semi-
» ble que contrairement à l'opinion de Finkelstein, il
» importe de donner à un athrepsique une alimentation
» riche en sucre.

« Par contre le lait d'ânesse est très pauvre en beurre,
» il contient un peu plus de sel que le lait de femme,
» mais sa valeur alimentaire totale est certainement
» moindre, c'est, à notre avis, dans le cas de l'athrep-
» sie l'avantage qu'on peut lui reconnaître, puisqu'il
» s'agit de donner au petit malade l'alimentation mini-
» ma, la seule qu'il puisse tolérer jusqu'au moment où
» ses organes digestifs auront récupéré une puissance
» de travail susceptible d'assurer l'alimentation nor-
» male ».

Il faut se rappeler que la valeur énergétique du lait d'ânesse n'est que de 530 calories par litre alors que celle du lait de femme est de 700 et 820 celle du lait de vache.

A défaut de ce lait, on peut essayer soit un lait sec maigre, soit du babeurre, soit un lait condensé écrêmé et si l'enfant a plus de 4 mois, le lait caillé dilué, les bouillons de légumes peu salés dans lesquels on ajoutera une cuillère à café de farine pour 100 gr. de liquide.

L'aliment étant choisi, la ration calculée, on observe alors les réactions de l'enfant à l'alimentation :

1° LA COURBE DE POIDS S'ÉLÈVE : LES INANITIÉS

On voit peu à peu les signes d'intolérance diminuer puis disparaître, l'enfant a une réaction satisfaisante.

Si l'on augmente légèrement la ration le petit malade

continue à prendre du poids, c'est ce que l'on observe chez les débiles hypoalimentés.

Dans ce cas d'inanition pure, après la dose d'essai, on arrive assez rapidement à une ration d'accroissement.

Il faut seulement surveiller les signes qui font prévoir la limite de tolérance : la régurgitation, la salivation excessive, le hoquet, le vomissement, les selles indigérées.

Si la réaction satisfaisante est continue, on remplacera progressivement le lait d'ânesse par du lait de nourrice ou à défaut par du lait sec, donné le premier jour à raison de 10 gr. dans chaque biberon : le 2e jour 20 gr. et ainsi de suite jusqu'au sevrage complet.

Obs. I. — *Sous-alimentation. Lait d'ânesse. Guérison.*

H. E. D. Jacqueline. Enfant de 1 mois, pesant à l'entrée le 6 juin 1923 2 k. 850, à la naissance 2 k. 980.

Nourrie au sein maternel, la petite malade n'a cessé de perdre du poids et de vomir.

Depuis 8 jours, la mère donne en plus du sein des quantités variables de lait condensé.

Etat actuel : Amenée à l'hôpital dans un état de dénutrition avancé, l'enfant est pâle, très amaigrie, vomit même le lait maternel donné à la cuillère, n'ayant plus la force de têter.

Evolution. — Mise au lait de nourrice pour compléter le lait de la mère, le poids reste stationnaire. (La ration d'essai était de 7 prises de 90 gr. en 24 heures).

4 jours après l'entrée, l'enfant a 2 vomissements, et

des selles mélangées, on complète alors le sein par du lait d'ânesse.

L'enfant reçoit environ 40 gr. après chaque tétée. La réaction à cette ration modifiée est nettement satisfaisante, la courbe de poids monte régulièrement, les vomissements cessent.

Au bout de 15 jours, la tolérance de l'enfant paraît rétablie, on essaie de remplacer 20 gr. de lait d'ânesse par du lait sec, l'enfant ne le vomit pas et continue à prendre du poids. l'enfant sort le 31 juin en bon état.

On se trouve en présence d'un cas d'hypoalimentation la tolérance de l'enfant a été rétablie en complétant le lait maternel par du lait d'ânesse.

Obs. II. — *Sous-alimentation. Rapide insuffisance du lait d'ânesse. Guérison : lait de nourrice, lait sec.*

Vit... Gaston. Entré le 12 juin 1923, âgé de 18 jours, pesant 2 kg. 700, 2 kg. 800 à la naissance.

L'enfant est amené parce qu'il ne peut supporter autre chose que le lait de femme, il est nourri au sein par la mère qui n'a plus assez de lait depuis quelques jours.

Etat actuel. Le petit malade est très deshydraté, présente un facies gris, une température voisine de 36°.

Evolution. — Mis au lait de nourrice, la ration d'essai est de 8 fois 80 gr., l'enfant prend 15 gr. de poids par jour pendant les 2 premiers jours et ne vomit pas.

On augmente la ration de 18 gr. par biberon, l'enfant augmente de 20 à 25 gr. par jour puis de quantités qui vont en diminuant.

On remplace alors 30 gr. de lait de nourrice à chaque prise par 40 gr. de lait d'ânesse. La courbe reste faiblement ascendante.

Au bout de 6 jours l'enfant a un vomissement et recommence à perdre du poids, on remplace alors le lait d'ânesse par du lait sec, d'abord à petites doses puis devant la réaction satisfaisante à cet essai alimentaire, on augmente la valeur nutritive de la ration. L'enfant sort guéri et sevré après 23 jours de séjour à l'hôpital.

Chez cet hypoalimenté le lait d'ânesse a été très vite insuffisant, comme l'a montré la réaction défavorable constatée.

2° LA COURBE DE POIDS RESTE STATIONNAIRE

A côté de ces cas d'inanition pure, il y a tous ceux où il est très difficile de faire la part exacte de l'hypoalimentation et de l'athrepsie proprement dite.

L'enfant qui a pris du poids pendant quelques jours reste stationnaire, a un vomissement, des selles indigérées, puis les signes d'intolérance réapparaissent, augmentent et la courbe baisse.

Ces cas où la capacité digestive de l'enfant est très diminuée sont les plus fréquents chez les athrepsiques.

Pour arriver à rétablir la tolérance de l'enfant, il faut en plus d'une hygiène générale rigoureuse, disposer des moyens nécessaires (lait de nourrice, lait d'ânesse) agir très prudemment et s'armer de beaucoup de patience.

L'enfant présente-t-il des signes d'intolérance malgré une ration de faible valeur nutritive composée exclusi-

vement de lait d'ànesse, on remplace un ou deux biberons de lait par des quantités égales de bouillon de légumes peu salé.

La courbe reste-t-elle stationnaire, ou est-elle irrégulièrement ascendante, on modifie légèrement le régime en remplaçant 10 gr. dans chaque biberon de lait d'ànesse par une quantité équivalente de lait de nourrice, et, suivant que l'enfant présentera une réaction de tolérance ou d'intolérance on continuera dans le même sens ou on redescendra à un régime moins nutritif.

Cette stabilisation de la courbe, qui est le but à atteindre est longue en général sauf dans le cas d'inanition pure ; la courbe d'un débile présente pendant les 10 premiers jours environ des ascensions très irrégulières, tant que la tolérance de l'enfant n'est pas rétablie, il faut savoir patienter et ne pas augmenter trop tôt la ration donnée ; le moindre écart, ou un essai trop prématuré d'alimentation au lait de vache, au lait sec, ou même au lait de nourrice, peuvent être suivis de chute brusque de poids.

Il faut donc interpréter les réactions quotidiennes de chaque enfant à l'alimentation pour arriver par tâtonnement et essais successifs à la courbe d'équilibre, à ce moment alors se pose le problème de la réalimentation.

La réalimentation. — Il faut pour cela agir avec la même prudence et se laisser guider par la réaction personnelle de l'enfant.

L'introduction dans l'alimentation d'un élément nou-

veau : lait de nourrice, lait sec, lait caillé, se fera en commençant par une petite dose d'essai.

Si l'enfant ne perd pas de poids et ne présente pas de signe d'indigestion, régurgitation, vomissement, selles mal digérées, on peut augmenter la valeur nutritive de la ration, mais, même dans le cas d'une réaction nettement satisfaisante, il faut une surveillance quotidienne de l'enfant pour dépister tous les signes d'intolérance.

Il faut dans la période de réalimentation aller donc très progressivement. Il y a des cas ou le lait d'ânesse paraît très vite insuffisant, on donnera alors un régime composé de lait d'ânesse et de lait de nourrice, en augmentant peu à peu la quantité de ce dernier.

A défaut de lait de nourrice, on peut employer le lait sec, en en donnant d'abord 10 gr. par biberon, à la place d'une quantité égale de lait d'ânesse. L'enfant réagit en général au début par une ascension régulière de la courbe, mais souvent au bout d'une quinzaine de jours, à des ascensions brusques, succèdent des pertes de poids qui obligent à remplacer le lait sec par du lait condensé, ou du lait stérile, coupé, suivant l'âge de l'enfant.

3° LA COURBE DE POIDS DESCEND

Il est des cas où l'enfant réagit à l'essai alimentaire par une perte de poids et fréquemment des vomissements et des selles indigérées.

Cette réaction traduit l'intolérance au régime donné, l'enfant a une capacité digestive encore trop faible, il faut

donc revenir à la ration précédente ; ou bien l'essai alimentaire était prématuré, ce n'est souvent qu'après 10, 15, 20 jours que l'enfant commence à pouvoir digérer et assimiler ; ou bien, si les signes d'intolérance persistent malgré le régime de faible valeur nutritive, on doit essayer une nouvelle ration d'essai, en changeant l'aliment donné. Dans ces cas de réaction d'intolérance continue, la capacité digestive du nourrisson semble être nulle, ou presque et l'enfant est intolérant à n'importe quel aliment, le pouvoir d'assimilation est trop abaissé et le petit malade est rebelle à toute diététique.

Obs. 3. — *Athrepsie de cause inconnue. Lait d'ânesse. Lait de nourrice. Guérison.*

Oli... Valona. Entré le 7 novembre 1923, âgé de 2 mois, pesant 2 kg. 700.

L'enfant a été mis en nourrice dès sa naissance.

Alimenté d'abord avec du lait stérile, puis au lait condensé, l'enfant n'avait pas cessé de vomir, d'avoir des selles diarrhéiques et de perdre du poids (il pesait 3 kg. 040 à sa naissance). Il présente à l'entrée les signes cliniques d'un hypotrepsique du 2e degré. Le facies gris, les yeux cernés, les téguments deshydratés.

A la ration d'essai : 7 prises de 100 gr. de lait d'ânesse, l'enfant réagit par une ascension de la courbe de poids, les selles ne sont pas diarrhéiques, on ne constate pas de vomissements.

Le 6e jour, ne disposant pas de lait d'ânesse en quantité suffisante, on le met à un régime composé de 1 bi-

beron de lait sec, 2 de bouillon de légumes, 4 de lait d'ânesse.

L'enfant vomit le lait sec qu'on remplace alors le lendemain par un biberon de lait évaporé coupé à 1/4. L'enfant se maintient au même poids pendant 2 jours, puis la courbe descend, les vomissements reprennent.

En face de cette réaction d'intolérance l'essai alimentaire étant trop prématuré on met l'enfant à un régime composé de 1 partie de lait de nourrice, 2 de lait d'ânesse.

Pendant 2 jours la courbe descend encore puis remonte, mais inégalement.

10 jours plus tard on essaie à nouveau le lait sec, à très petites doses, 10 gr. à chaque reprise.

L'enfant ne le vomit plus, on augmente la dose de 10 gr. et la réaction étant toujours bonne, on sèvre l'enfant et on augmente sa ration alimentaire totale de 70 gr. par jour.

4 jours plus tard, l'enfant recommence à vomir le lait sec, qu'on remplace alors par du lait stérilisé coupé à 1/4.

La courbe reprend son ascension.

L'enfant sort guéri après 5 semaines de séjour à l'hôpital.

Obs. 4. — *Troubles digestifs consécutifs à une mauvaise alimentation, lait d'ânesse : guérison.*

Paul... M. Entré le 30 septembre 1922, âgé de 2 mois pesant 3 kg. 550, pour vomissements et diarrhée,

L'enquête étiologique nous apprend que l'enfant a été insuffisamment nourri et mal soigné ; il est maigre, présente de la pyodermite.

A la ration d'essai, 7 prises de 60 gr. de lait d'ânesse et 20 de lait de nourrice, l'enfant réagit par une diminution des signes d'intolérance.

Au bout de 5 jours le poids continuant à augmenter, mais en ascensions inégales, on fait un nouvel essai alimentaire ; 2 des biberons précédents sont remplacés par 2 prises équivalentes de lait stérile, puis on sèvre progressivement l'enfant qui, le 1er novembre reçoit 7 prises de 100 gr. de lait stérile. Le petit malade réagit à cette ration par une réapparition de vomissements et une baisse de poids. Réaction d'intolérance typique ; on le remet alors au régime : lait stérile, lait d'ânesse, par parties égales pendant 8 jours, puis on remplace progressivement le lait d'ânesse par du lait caillé.

L'enfant sort en bon état après 2 mois de séjour à l'hôpital.

Obs. 5. — *Athrepsie consécutive à des troubles digestifs non traités : laits d'ânesse et de nourrice. Guérison.*

Hegueneau F. Entré le 24 août 1922, âgé de 1 mois, pesant 3 kg. 075, présentant le type clinique de l'athrepsie.

Depuis 13 jours, l'enfant qui est nourri au sein maternel n'a pas cessé de vomir. Actuellement il tète avec difficulté, la mère a peu de lait.

A la ration d'essai : 8 prises de 20 gr. de lait mater-

nel et 60 de lait d'ânesse, l'enfant réagit par une courbe de poids descendante. Il perd 200 gr. en 3 jours mais les vomissements deviennent de moins en moins fréquents.

On augmente la prise alimentaire de 20 gr. de lait d'ânesse la courbe reste stationnaire entre 2 kg. 800 et 2 kg. 900, il n'a plus qu'1 ou 2 vomissements par jour.

3 semaines après l'entrée à l'hôpital on essaie d'augmenter la valeur nutritive de la ration, 20 gr. de lait d'ânesse sont remplacés à chaque prise par une quantité équivalente de lait de femme.

La réaction est nettement bonne.

On augmente progressivement la dose de lait de nourrice, puis l'enfant est remis peu à peu au sein.

Le lait maternel revient, l'enfant sort guéri après 2 mois de séjour à l'hôpital.

Obs. 6. — *Athrepsie de cause inconnue, laits d'ânesse et de nourrice. Guérison.*

Kene. Entrée le 2 septembre 1922.

Agé de 3 mois pesant 3 kg. 200 venant de la pouponnière de Fontenay, l'enfant a été passé à l'hôpital Bretonneau en plein collapsus, puis repassé à la Maternité pour être mis au lait de femme et rentre dans un état désespéré.

L'enfant est d'abord mis au régime : lait d'ânesse, bouillon de légumes et 1 bouillie de farine lactée maltée de 100 gr.

Il a des vomissements continuels, des selles fré-

quentes, on modifie la ration d'essai en donnant parties égales de lait d'ânesse et de bouillon de légumes glacés. Les signes d'intolérance diminuent, l'enfant prend du poids, la courbe monte pendant 3 jours presque verticalement.

On tâte au 10e jour la tolérance de l'enfant en lui donnant 10 gr. de lait sec dans chaque prise alimenmentaire, la courbe reste stationnaire puis décroit. On revient devant cette réaction mauvaise au régime précédent et on tâte après 4 jours la tolérance au lait de femme, la courbe revient ascendante. L'enfant est alors mis progressivement au lait de nourrice ; la réaction continuant à être bonne malgré l'introduction du lait sec.

On sèvre l'enfant qui sort guéri après 35 jours de séjour à l'hôpital.

Obs. 7. — *Troubles digestifs chroniques chez un prématuré. Traitement antisyphilitique. Décès.*

L. c. f. Entré le 9 octobre 1923 pesant 2 kg. 200, âgé de 3 mois, l'enfant est un prématuré (son poids de naissance est de 1 kg. 870). Il est amené dans un état très grave. Facies gris, très maigre, selles mal digérées, température très variable 38°8 à l'entrée, 38°4 le lendemain. Il n'a pas la force de boire.

On le gave avec un mélange en parties égales de lait d'ânesse, lait de nourrice. L'enfant perd du poids.

Au 15e jour, sa courbe reste stationnaire.

On fait à l'enfant des frictions mercurielles bien qu'il

n'y ait pas d'antécédents spéciaux ni de signe caractéristique d'hérédo-spécificité.

L'enfant continue à perdre du poids, il est décédé 28 jour après sa rentrée à l'hôpital.

Obs. 8. — *Athrepsie de cause inconnue. Décès 5 jours après l'arrivée.*

Cresc... Entré le 2 juillet 1923 pour amaigrissement et troubles digestifs marqués.

L'enfant est âgé de 1 mois, pèse 2 kg. 550 il est né à terme (3 kg. à la naissance) et vient de chez une nourrice, qui lui donnait du lait de vaches (Quantité ?).

L'enfant est un athrepsique.

On le met au lait d'ânesse, à la dose de 80 gr. 8 fois par jour.

Le petit malade boit très mal, a des selles fréquentes, glaireuses et perd du poids.

On modifie la ration d'essai en donnant 2 biberons d'eau de riz, puis 4 biberons d'eau de riz, 2 de bouillon de légumes et 1 de lait de nourrice. La réaction reste mauvaise.

L'enfant est intolérant à toute alimentation, il est décédé 5 jours après son entrée à l'hôpital le 7 juillet 1923.

Obs. 9. — *Athrepsique prématuré, décès brusque après amélioration notable.*

Noirai... Entré le 12 mai 1923.

Agé de 10 jours pesant 1 kg. 325, prématuré, né à 7 mois 1/2.

L'enfant, très maigre, hypothermique, est dans un état de dénutrition marqué.

Il reçoit le premier jour 40 gr. de lait de nourrice 8 fois, la courbe de poids reste stationnaire puis devient légèrement ascendante.

On augmente la ration de 10 gr. puis de 20 gr. à chaque prise. L'enfant prend irrégulièrement 10 gr. par jour.

Trois semaines après l'entrée à l'hôpital l'enfant présente brusquement des selles liquides vertes, fréquentes, un faciès toxique et perd 200 gr. en 2 jours.

Il est décédé le 6 juin 1923.

Les Dyspeptiques

Les mêmes principes s'appliquent au traitement des dyspespsies.

D'après les données de l'enquête étiologique, on choisit un aliment d'essai ; mais il est rare de pouvoir diagnostiquer dans les troubles dyspeptiques, des intolérances partielles nettement marquées : Il faut souvent faire des essais successifs, avant d'arriver à trouver le régime qui convient à l'enfant. Suivant que l'enfant prendra du poids ou continuera à en perdre, que les signes d'intolérance s'amenderont ou s'accentueront, on persistera dans le même régime en augmentant progressivement les doses, où l'on fera un nouvel essai alimentaire.

D'ailleurs ce régime institué ne sera le plus souvent que temporairement établi.

Quand la tolérance semblera rétablie alors on pourra essayer de reprendre une alimentation nouvelle, en commençant toujours par de petites doses et en se laissant guider par l'enfant.

Obs. 10. — *Dyspepsie du lait de vache. Guérison.* Régime intermédiaire : lait de nourrice, babeurre.

Aug... Agé de 5 mois, pesant 3 k. 575.

Rentré le 6 janvier 1923 pour vomissements et amaigrissement, ayant débuté il y a une semaine.

L'enfant est né à 8 mois, a été nourri pendant 15 jours au sein maternel, depuis au lait de vache coupé.

Il est pâle, très amaigri :

A la ration d'essai, 7 prises de 100 grammes de lait de nourrice en 24 heures, l'enfant réagit par une courbe de poids stationnaire, une diminution des vomissements.

Le 8e jour on tâte sa tolérance en incorporant 20 gr. de lait stérile à la place de 20 gr. de lait de nourrice.

L'enfant perd du poids et malgré l'arrêt immédiat de l'essai, la chute du poids se prolonge pendant 3 jours, puis on constate une réascension de la courbe.

4 jours plus tard, on fait un nouvel essai, on remplace 2 prises par 2 biberons de farine lactée, la réaction est satisfaisante.

On sèvre alors progressivement l'enfant qui sort guéri après 6 semaines de séjour à l'hôpital.

Obs. 11. — *Dyspepsie du lait de vache.*

Lafor.... Agé de 2 mois 1/2, pesant 4 k. 475, entré le 7 mai 1923 pour des vomissements et une perte de poids et des selles diarrhéiques ayant débuté il y a 10 jours.

L'enfant était nourri au lait de vache.

Il présente à l'entrée un facies infecté, une déshydratation marquée des téguments, des selles liquides vertes.

Mis à la diète hydrique, absolue pendant 24 heures, les selles deviennent moins fréquentes, le facies moins toxique. L'enfant est alimenté progressivement, on commence par 10 cuillerées à café de lait sec dans les 24 heures, l'enfant reçoit en outre du bouillon de légumes, la courbe de poids est rapidement ascendante.

L'essai d'une ration modifiée en remplaçant les biberons de bouillon de légumes par du babeurre amène une descente de la courbe de poids. On remplace alors ce dernier progressivement par du lait stérile : la courbe remonte.

L'enfant sort guéri après 5 semaines de séjour.

CHAPITRE III

Il faut interpréter la réaction de l'enfant à l'alimentation en tenant compte :

1° des causes d'erreurs fréquentes :

2° du traitement étiologique.

CAUSES D'ERREURS

1° L'ascension de la courbe ou sa stabilisation

peuvent traduire simplement une augmentation temporaire due à un état de rétention ; c'est ce qu'on voit fréquemment quand l'enfant a eu des injections d'eau de mer ou d'un sérum animal, injection dont le pouvoir réhydratant a été signalé par MM. Ribadeau-Dumas, Meyer (1).

Ces courbes de rétention se traduisent par des ascensions brusques (la courbe est presque verticale) suivies en général de chutes proportionnelles.

Elles se voient fréquemment, quand il rentre dans l'alimentation de l'eau de riz, des farines, du lait sec, un bouillon de légumes fortement salé.

---

(1) *Soc. Pédiatrie*, avril 22.

Obs. 12. — *Courbe de rétention : lait sec.*

L. André. Entré le 16 août 1923 (âgé de 16 jours pesant 3 k. 725) pour troubles dyspeptiques. Ayant débuté il y a une semaine.

L'enfant était à l'allaitement mixte.

A son entrée on lui donne comme ration d'essai 7 prises alimentaires de 45 gr. environ de lait maternel et 65 gr. de lait sec. L'enfant passe en 24 heures de 5 kg. 975 à 6 kg. 175.

Avec la même ration son poids augmente le surlendemain de 125 gr. puis cette ascension est suivie d'une chute brusque, perte de poids de 225 gr. en 24 heures, la courbe est une courbe de rétention typique.

Obs. 13. — *Courbe de rétention : eau de riz, lait sec.*

Chey... Simone. Agée de 5 mois, pesant 5 kg. 700.

Entrée le 10 mai 1923 pour des troubles dyspeptiques consécutifs à une mauvaise alimentation, l'enfant ayant des selles vertes, est mise à l'au de riz (120 gr. 6 fois par jour).

La courbe monte brusquement de 5 kg. 700 à 6 kg. en 3 jours ; puis cette ascension est suivie d'une perte de poids de 125 gr. en 24 h.

L'enfant alimenté au lait de femme et au lait sec a présenté à 3 reprises des courbes de rétention.

Son poids n'a augmenté régulièrement qu'en remplaçant le lait sec par du lait stérile.

D'ailleurs cette rétention qui se traduit par une augmentation temporaire au poids, paraît avoir un inté-

rêt pronostique : les athrepsiques capables de retenir dans leurs tissus une certaine quantité d'eau semblent avoir une intolérance moins marquée à l'alimentation.

2° une autre cause d'erreur est l'**ascension thermique** spécialement dans les cas d'infection surajoutée aux troubles digestifs.

L'infection amène en général chez les atrophiques une dénutrition rapide. On constate alors souvent en quelques jours, en même temps qu'une chute importante de poids une ascension thermique et les autres manifestations cliniques de l'infection sous toutes ses formes.

Obs. 14. — *Athrepsique, décédé 13 jours après l'entrée à la suite d'une infection : pemphigus.*

Legen... Entré le 4 janvier 1923, âgé de 4 mois 1/2 et pesant 2 kg. 675.

Présente les symptômes de l'athrepsie ; on ne sait ni le poids de naissance de l'enfant, ni comment il a été nourri.

Il est amené, parce qu'il ne peut supporter aucune alimentation... le petit malade aurait été hospitalisé pendant trois mois aux Enfants Malades.

A la ration d'essai, lait d'ânesse et de nourrice en parties égales, donnés par cuillerées à café tous les quarts d'heure ; l'enfant réagit par une augmentation de poids : 25 grammes par jour pendant 2 jours, puis la courbe devient descendante bien que l'enfant ne vomisse pas.

On modifie alors la ration, en donnant exclusive-

ment du lait d'ànesse, la courbe continue à descendre, enfin 3 jours après le début de la chute de poids, on constate l'apparition de pemphigus.

L'enfant est décédé 13 jours après son entrée à l'hôpital.

Obs. 15. — *Athrepsique ayant contracté la diphtérie broncho-pneumonie terminale.*

Delan... Louis. Entré le 1er mai 1923, âgé de 4 mois, pesant 3 kg. 030.

On n'a aucun renseignement sur le petit malade qui est en très mauvais état et a 38°9 de température à l'entrée.

L'enfant tousse, on trouve à l'auscultation un foyer de râles fins, à la base gauche.

La cuti-réaction à la tuberculine est négative.

Mis à la ration d'essai, lait d'ànesse (7 prises de 80 gr.) le poids reste stationnaire.

On remplace progressivement le lait d'ànesse par du lait de femme, puis on augmente la ration de 10 gr. de lait de femme à chaque prise.

L'enfant commence à prendre du poids, il est à ce moment à un régime composé de parties égales de lait d'ànesse et de lait de femme.

Le 22 mai on constate un coryza purulent, l'ensemencement pratiqué le même jour donne un résultat positif.

On fait des injections quotidiennes de sérum antidiphtérique et l'enfant continuant à prendre du poids,

on remplace progressivement le lait d'ânesse par du lait stérile coupé au 1/4.

L'enfant passe de 3 kg. 030 à 4 kg. 200 en 1 mois 1/2.

Brusquement le 28 juin, la température s'élève ; la courbe de poids descend en ligne presque verticale et l'enfant meurt le 1er juillet de la broncho-pneumonie.

Obs. 16. — *Athrepsique ayant contracté la diphtérie. Décès.*

Pless... Aline. Entrée le 29 avril 1923, pesant 1 kg. 630. Agée de 1 mois.

L'enfant est en très mauvais état, pas de pannicule adipeux, facies très amaigri, grisâtre, erythème fessier, l'enfant est hypothermique, a des selles mal digérées.

On n'a aucun renseignement, ni sur l'alimentation de l'enfant, ni sur l'histoire de la maladie, la mère étant en traitement dans un autre hôpital.

A la ration d'essai, 7 prises de 70 grammes de lait d'ânesse, on substitue rapidement le régime : 5 prises de lait d'ânesse, 2 de lait de femme, la réaction est nettement satisfaisante, la température se rapproche de 37°.

Le 22 mai, on constate l'apparition d'un coryza purulent, l'ensemencement est négatif.

La courbe de poids à partir de ce jour cesse de monter, elle reste stationnaire. Le coryza persistant, on fait un nouvel ensemencement le 28 mai, le résultat étant positif, on fait à l'enfant des injections quotidiennes de sérum antidiphtérique. La température s'élève progressivement. Décès le 11 juin.

TRAITEMENT ÉTIOLOGIQUE. — DIAGNOSTIC

Parmi les causes les plus habituelles des troubles digestifs chroniques du nourrisson nous notons :

I. — Une mauvaise hygiène alimentaire ou générale

Il s'agit fréquemment d'enfants :
mis en nourrice chez des femmes ignorantes ;
sevrés trop tôt, ou trop brusquement ;
ayant eu des troubles digestifs non traités ;
enfin la sous-alimentation est souvent en cause.

Si elle a été de courte durée, la tolérance est rétablie rapidement.

Si l'état général est gravement atteint, une ration élevée d'emblée provoquera des signes d'intolérance.

II. — Un état congénital.

Il s'agit le plus habituellement d'une tare héréditaire telle que la syphilis, la tuberculose.

1°) *Les hérédo-syphilitiques.*

En présence d'un atrophique surtout chez ceux qui

sont rebelles à des essais alimentaires successifs il faut toujours penser à la syphilis.

En premier lieu, il y a les atrophiques qui présentent des antécédents, ou un des signes cliniques indiscutables de syphilis : pemphigus palmo-plantaire dans les jours qui suivent la naissance, coryza persistant, foie et rate augmentés de volume, ulcérations diverses.

En second lieu, on voit des atrophiques ne présenter d'autre manifestation de leur hérédité syphilitique, que leur difficulté à croître normalement. Ce sont des enfants arrivés dans un état marqué d'athrepsie sans qu'aucun essai alimentaire ait pu arrêter leur dénutrition.

Ils peuvent être nés à terme, leur poids de naissance est très variable, tantôt très au-dessous de la moyenne tantôt voisin de 4 kg. Ils sont amenés pour amaigrissement et troubles digestifs chroniques, dont ni les antécédents, ni l'enquête étiologique, ni l'examen clinique ne permettent de déterminer la cause.

Après quelques jours de tâtonnement pour établir le régime que le petit malade tolère, on peut voir l'état s'améliorer : les vomissements diminuent ou cessent ; la courbe de poids reste stationnaire ou remonte, mais la tolérance à l'alimentation est temporaire.

Au bout de quelques jours, quelquefois une semaine, la courbe de poids redevient irrégulière.

En modifiant la nature de la ration donnée, on peut obtenir à nouveau une amélioration, mais l'enfant ne peut prendre du poids régulièrement, l'ascension de la courbe est passagère.

Si l'on essaie un traitement antisyphilitique, en faisant soit des frictions mercurielles, soit des injections intramusculaires d'un sel de bismuth, on constate que la courbe remonte assez rapidement et que cette amélioration persiste si le traitement est suivi.

Ces cas sont fréquents et il faut toujours se rappeler en présence d'un athrepsique le rôle prépondérant de la syphilis, qui peut se manifester seulement par une croissance irrégulière.

Obs. 17. — *Athrepsique prématuré. Troubles digestifs chroniques. Guérison après traitement au Quinby.*

Lec... Entré le 21 mars 1923 âgé de 6 semaines, pesant 2 kg. 025.

L'enfant est un prématuré, né à 7 mois 1/2, pesant 1 kg. 600 à sa naissance.

Il est amené à l'hôpital, la mère n'ayant plus de lait et l'enfant ne supportant pas d'autre alimentation.

A l'entrée l'enfant est très maigre : pas de pannicule adipeux, la fontanelle antérieure est déprimée.

A la ration d'essai (7 prises alimentaires de 70 grammes parties égales de lait d'ânesse et de nourrice), l'enfant réagit par une diminution des vomissements et une courbe de poids stationnaire.

On augmente chaque prise de 70 grammes du mélange, la courbe s'élève pendant 15 jours ; puis le 9 avril les vomissements réapparaissent, le poids diminue ; remis quelques jours au lait d'ânesse exclusif, la courbe se stabilise.

Un nouvel essai de la tolérance au lait de femme est suivi d'une réaction satisfaisante, mais après un mois pendant lequel la courbe reste sensiblement stationnaire, les troubles digestifs réapparaissent.

On revient au lait d'ânesse, l'enfant recommence à prendre du poids, mais irrègulièrement.

On essaie, alors, en désespoir de cause, le traitement antisyphilitique, malgré un Wassermann négatif chez l'enfant, douteux chez la mère.

Après la 3e injection de Quinby il sort, après avoir pris régulièrement du poids pendant les 10 derniers jours.

Obs. 18. — *Troubles de croissance chez un enfant de 2 mois, amélioré par le traitement antisyphilitique.*

Raffo... Jeanne. Entrée le 5 juin 1923, âgée de 2 mois, pesant 3 kg. 775.

L'enfant est nourrie au sein maternel et est amenée parce qu'elle maigrit depuis 2 semaines sans cause appréciable, après avoir grossi régulièrement pendant le premier mois.

La petite malade présente un facies pâle. Etat général médiocre.

On ne trouve pas d'antécédent de syphilis.

L'enfant n'a ni gros foie, ni grosse rate, est née à terme, pesait 3 kg. 170 à la naissance.

Le Wassermann chez la mère est négatif.

L'enfant tousse un peu ; à l'auscultation on trouve des signes de bronchite légère, pas d'élévation thermique.

Mise au sein de la mère qui lui donne environ 100 gr. par tétées, l'enfant a une courbe de poids irrégulière.

Le 10 juin on ne trouve plus rien à l'auscultation.

La température est normale, mais la petite malade a un vomissement, quelques selles mélangées, son poids baisse irrégulièrement jusqu'au 14.

On essaie alors un traitement bismuthé et on constate une rapide amélioration de la courbe.

L'enfant traitée régulièrement, sort 3 semaines après la 1re piqûre, ayant pris en 16 jours 700 grammes.

Il faut noter que la ration de l'enfant a été augmentée à partir du 23 juin de 10 grammes de lait sec, à chaque prise alimentaire.

Obs. 19. — *Troubles de croissance chez un enfant de 2 mois, amélioré par le traitement antisyphilitique.*

Hair... Pierre. Entré le 14 juin 1923, âgé de 2 mois, pesant 3 kg. 400.

Né à terme, son poids de naissance est 3 kg. 475.

L'enfant qui maigrit depuis 15 jours environ, est nourri au sein maternel.

On ne relève pas d'antécédents syphilitiques.

A l'examen, le petit malade est maigre, les téguments sont déshydratés, la fontanelle antérieure légèrement déprimée.

Il n'a ni coryza, ni gros foie, ni grosse rate, mais un teint jaune.

Le Wassermann chez la mère est négatif.

On trouve quelques râles sibilants à l'auscultation du poumon.

L'enfant n'a ni vomissement, ni diarrhée.

Malgré l'allaitement maternel (100 à 110 grammes à chaque tetee) la courbe de poids reste irregulière.

On essaie le 20 juin le traitement bismuthé (trépol) la courbe monte d'abord faiblement pendant les 3 jours qui suivent la 1re piqûre, puis elle s'élève régulièrement malgré une otite double constatée le 22.

L'enfant sort en très bon état le 16 juillet.

Il a eu 7 injections de trépol et a pris 600 grammes en 25 jours.

2° *Les tuberculeux.*

L'enfant présente souvent des poussées de fièvre sans cause nettement appréciable au premier examen clinique : il est pâle, a des troubles digestifs souvent variables d'une semaine à l'autre ; il passe par des périodes d'amélioration vite suivie de perte de poids.

L'auscultation des poumons peut ne donner aucun résultat, la radiographie renseigne utilement. La cutiréaction positive est souvent le seul signe caractéristique d'une tuberculose en cause dans les troubles digestifs et l'amaigrissement constatés.

Le traitement étiologique est réduit.

Placer le petit malade dans les meilleures conditions d'hygiène possible, loin du foyer ou il s'est contagionné, dans un milieu sain, aéré.

Malgre les variations de la tolérance digestive il faut surtout éviter la sous-alimentation.

On peut obtenir, en gavant ces enfants, chez qui l'anorexie est fréquente, une prolongation notable de leur existence.

A cette alimentation forcée, le petit malade qui boit difficilement, réagit par une courbe de poids ascendante et une amélioration temporaire de l'état général.

Ce procédé donne d'ailleurs des résultats appréciables dans les infections aiguës et en général chez tous les enfants anorexiques, ne présentant pas de signe de choléra infantile, ni de grands déchets alimentaires dans les selles.

Obs. 20. — *Broncho-pneumonie tuberculeuse. Gavage : Méningite tuberculeuse terminale.*

Ozan.. Régine. Entrée le 22 octobre 1923 dans le service en même temps que la mère atteinte de bacillose pulmonaire.

L'enfant est âgé de 7 semaines, pèse 3 kg. 025 ; pesait 3 kg. 220 à la naissance.

Elle a été nourrie au sein maternel pendant 20 jours, puis au lait condensé.

Elle est en assez bon état général.

La cuti-réaction faite le 25 est douteuse.

Mise au lait sec, l'enfant prend du poids, mais au 10e jour on constate une ascension thermique à 39°, une descente brusque de la courbe de poids (l'enfant perd 700 gr. en 7 jours) et à l'auscultation les signes d'une broncho-pneumonie, la petite malade a des vomissements et des selles liquides.

La cuti-réaction faite à nouveau est positive.

On donne alors à l'enfant par petites quantités un mélange composé de 2/3 de lait de nourrice, 1/3 d'eau de riz (800 gr. en 24 heures).

Malgré le traitement étiologique et l'amélioration des symptômes de la broncho-pneumonie, les troubles digestifs persistent. On gave alors quotidiennement la petite malade, qui reçoit chaque jour, 6 prises de 80 gr. de lait de nourrice et un biberon de lait d'ânesse.

La courbe remonte et l'enfant en 1 mois prend 800 gr.

On le sèvre alors progressivement.

Le 15 novembre son poids était de 3 kg. 500, il est monté à 4 kg. 700 le 24 décembre et sa ration alimentaire à cette date était composée de 5 prises dont : 2 bouillies de farine lactée au beurre et 3 biberons contenant 40 gr. de lait de nourrice, et 80 gr. de lait sec.

La cuti-réaction faite en série est positive.

La radiographie montre des signes de bacillose pulmonaire.

La température reste élevée entre 38° et 39°.

Mais l'enfant paraît avoir un meilleur état général parce qu'il prend du poids étant gavé.

A partir du 25 décembre, on constate l'apparition de convulsions; le 26 du nystagmus et de la raideur de la nuque, le poids tombe de 4 kg. 700 à 4 kg. 150 en 8 jours.

L'enfant est décédé ; à la suite d'une méningite tuberculeuse le 31 décembre.

III. — Les infections aiguës

dont les plus fréquentes sont :

La pyodermite.

Elle se traduit par une ascension thermique légère précédant quelquefois l'apparition de l'infection cutanée. Elle est accompagnée souvent d'une intolérance alimentaire bénigne si l'on peut arrêter l'extension de l'infection par un traitement local antiseptique (application de couleurs d'aniline, Ziehl, bleu de méthylène) et par une hygiène générale rigoureuse.

Les grippes.

Souvent à l'origine les bronchites de l'enfant, se manifestent au début par un coryza, une fièvre légère, quelquefois des troubles digestifs et une perte de poids temporaires.

Les bronchites et surtout les *broncho-pneumonies* accompagnées d'une ascension marquée de la température et d'une diminution importante du poids.

La courbe peut présenter des chutes en lignes presque verticales et l'enfant accuse en même temps que les symptômes de la broncho-pneumonie des signes d'intolérance (vomissements, diarrhée) qui ne cessent qu'avec l'infection.

Enfin nous signalerons l'importance du traitement étiologique, dans les troubles digestifs consécutifs à la *diphtérie* et à *l'otite* (fréquentes dans les crèches hospitalières).

IV. — Les troubles digestifs chroniques « de cause inconnue »

Toutes les fausses anaphylaxies, fausses intolérances qu'un changement d'air ou de milieu suffit à guérir alors que des essais alimentaires variés ont échoué.

Il faut passer en revue toutes les causes des intolérances de l'enfant pour le lait avant de porter le diagnostic d'anaphylaxie, diagnostic d'exception.

CONCLUSIONS

1° Le traitement des troubles digestifs du nourrisson est fondé sur les réactions de l'enfant à l'alimentation.

2° Il faut chercher cliniquement à obtenir d'abord une courbe horizontale, en plateau, en modifiant soit la quantité, soit la nature de la ration d'essai, suivant les variations de la courbe de poids.

3° Cette stabilisation est souvent longue à obtenir chez l'atrophique et il est indispensable d'aller lentement et très progressivement pour rétablir sa tolérance alimentaire.

4° En ce qui concerne les intolérances partielles, il ne peut y avoir de règle, les réactions alimentaires d'un enfant à un autre, sont trop diverses pour suffire à classer les troubles dyspeptiques en des cadres fixes.

Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président,
NOBÉCOURT

Vu et permis d'imprimer.
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

BUDIN. — *Le nourrisson.* Leçons Cliniques.

LESAGE. — *Maladies du nourrisson.*

BAR. — *Archives de Médecine de l'enfant* (1903).

MAUREL. — *Hygiène du nourrisson.*

LASSABLIÈRE. — *Hygiène infantile.*

TERRIEN. — *L'alimentation du nourrisson.*

VARIOT. — *Traité d'hygiène infantile.*

MARFAN. — *Précis des maladies des enfants.*

NOBÉCOURT. — *Précis des maladies des enfants.*

NOBÉCOURT. — *Conférences pratiques sur l'alimentation des nourrissons.*

RIBADEAU-DUMAS. — *Traité de Pédiatrie.*

RIBADEAU-DUMAS et MEYER. — *Bulletin de la Société de Pédiatrie,* 1921.

RIBADEAU-DUMAS et FOUET. — *Bulletin de la Société de Pédiatrie,* sept. 1923.

TALBOT. — *Bost Med. Journal,* I. 1907, janvier 1909.

MARRIOTTE. — *American journal of. des of. children.*

ROSENSTERN. — *Ergebnisse d. Kind,* VII.

CZERNY. — *Samml. Zwangl,* Abh. III.

LANGSTEIN. — *Jahres Kurse,* 1912, VI.

LANGSTEIN et MEYER. — *Saüglingsernahrüng.*

FINKELSTEIN. — *Saüglingskrankheiten.*

COMBE. — *Les maladies gastro-intestinales aiguës des nourrissons.*

Saint-Amand (Cher). — Imp. A. CLERC